

Cervical Spine ☐ CSST ☐ SAAQ ☐ Privé

Nom: _____ Date: _____ Date of accident: _____

Age: _____ ☐ Righty ☐ Lefty Sex: ☐ M ☐ F Occupation: _____

Diagnosis: _____

Usual activity/ pastime: _____

Positions held for long time: _____

☐ Trauma to head ☐ LOC if yes: length of time: _____ ☐ nausea/vomiting ☐ loss of memory ☐ irritability

Hx: _____

Which movements & activities are limited: _____

PMHx, allergies: ☐ see intake _____

Past Surgeries: ☐ see intake _____

Radiological tests: ☐ X-Ray: _____ ☐ MRI: _____ Other: _____

Meds: ☐ voir intake ☐ aucun _____

Pain:

1-10 scale: _____ Duration: _____ Periodic: _____ Constant: _____ Intermittent: _____

☐ Headaches: Where: _____ Intensity: _____ Frequency: _____ Duration: _____ ☐ Dizziness ☐ Vertigo

☐ Fainting ☐ Radiation: _____ ☐ P&N: _____ ☐ Numbness _____ ☐ Deep ☐ Superficial ☐ Shooting ☐

Burning ☐ Aching ☐ Improving ☐ Worsening ☐ Same ☐ me réveille la nuit ☐ m'empêche de dormir Sleeping Position: _____

_____ # & type of pillows: _____ Mattress _____

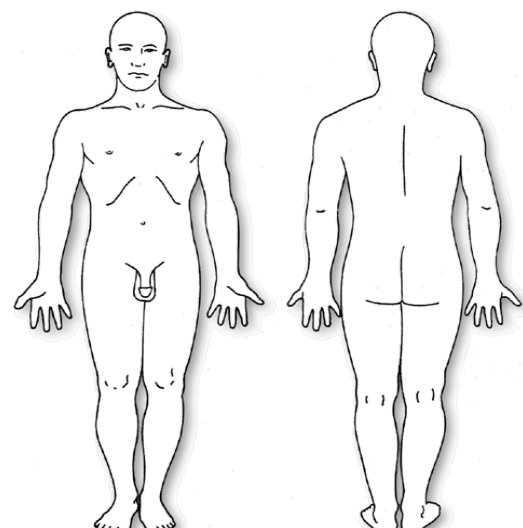
Pain with: ☐ Laughing ☐ Coughing ☐ Sneezing Location: ☐ voir diagramme _____

Posture/Observation: Shlder level: Right ☐ lower ☐ higher than left ☐ rounded shoulders ☐ Prot Cx

Rectitude colonne ☐ Cx ☐ Dx ☐ Lx Tilt: ☐ Dt ☐ Gche _____

☐ Hypertonie de la musculature Cx ☐ trap sup ☐ Dt ☐ Gche ☐ SCM ☐ Dt ☐ Gche ☐ Scalene ant

☐ mid ☐ post ☐ Lev scap ☐ Dt ☐ Gche ☐ Ceinture scap ☐ Dt ☐ Gche ☐ autre : _____



DLR	détails	↑	↓	φ	DLR	détails	↑	↓	φ
Assis					Ext				
Debout					Torsion				
Supine					Defecation				
Prone					Toux				
Flx					Conduire				
Chaud					lire				
Froid									

T°C: <input type="checkbox"/> no ↑ or ↓ <input type="checkbox"/> Autre: _____	Atrophie: <input type="checkbox"/> aucune	Oedeme: <input type="checkbox"/> aucune
Peau : <input type="checkbox"/> aucune ecchymose	Difformité : <input type="checkbox"/> aucune	Cicatrice : <input type="checkbox"/> aucune

Reflexes : présents et symétrique (P+S) difficile à illiciter (DàE):		
Biceps(C5-C6):D: _____ G: _____	Brachioradialis(C5-C6):D: _____ G: _____	
Triceps(C7-C8):D: _____ G: _____	Babinski: D: _____ G: _____	Clonus:D: _____ G: _____

Cervical Spine ☐ CSST ☐ SAAQ ☐ Privé

		AROM	PROM	ResROM	Myotome
Lower Cx-Spine	flx				C1,C2
	Ext				
	S.F. right				C3
	S.F. left				C3
	Rot'n right				
	Rot'n left				
Shoulder	flx				
	Ext				
	Elevation				C4
	Abd				C5
	Add				
	IR				
	ER				
Elbow	flx				C6
	Ext				C7
Wrist	flx				C7
	Ext				C6
	Add				C8
	Abd				
Hand	fist				
	Thumb extension				C8
	Finger spread				T1

Special Tests: ☐ Vertebral artery test: ☐ -ve ☐ +ve ☐ n/a ☐ Valsalva Test : ☐ -ve ☐ +ve ☐ n/a

Foraminal Compression test: _____ Distraction Test: _____ Cervical Quadrant Test: ULTT1 (median): _____

_____ ULTT2a (median): _____ ULTT2b (radial): _____ ULTT3 (ulnar): _____ T.O.S.: Allen: _____

_____ Adson: _____ Costoclavicular: _____

Autre: _____

Dermatomes: C3: _____ C4: _____ C5: _____ C6: _____ C7: _____ C8: _____ T1: _____

Niveau Vert	P/A	douleur	Restriction mobilité	Autre	Niveau Vert	P/A	douleur	Restriction mobilité	
C2 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune		C7 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	
C3 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune		T1 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune			TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune	
C4 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP TPD TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> leg <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sev <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> leg <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sev <input type="checkbox"/> non	Muscle	ParaDx	ParaLx	<input type="checkbox"/> des lombes	Pyramidal	Autre
C5 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune		D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	D : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non G : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune						
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune						
C6 Gr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	SP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune		Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dlr : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	TPG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère <input type="checkbox"/> aucune						
	TPD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> mod <input type="checkbox"/> sévère						